Long List Revisori Legali

(Protocollo d’intesa DDG 1088/DG del 28 aprile 25)

Istanza di ammissione

Il sottoscritto …………………………………, nato a …………………. (….), il ………………..

CF ……………………. residente a ……………….(……..) in …………………… cap ………………………………….,

recapito telefonico ……………., P.E.C. ……………………..,

iscritto al Registro dei Revisori legali al n. \_\_\_ sin dal \_\_/\_\_ \_\_\_\_ e all’ODCEC di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

al n. \_\_\_\_ sin dal \_\_/\_\_/\_\_\_.

Chiede

l’inserimento del proprio nominativo nella Long List di cui alla Protocollo d’intesa DDG 1088/DG

del 28 aprile 25 siglato tra Regione Siciliana - Assessorato alle Attività Produttive - Dipartimento

delle Attività Produttive, nella qualità di Centro di Responsabilità (di seguito, per brevità, anche

“*CdR*”) e la Conferenza degli Ordini dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili della Sicilia (di

seguito *Conferenza*). A tal fine

Dichiara

ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità penali cui può

andare incontro in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atto falso o contenente dati non

rispondenti a verità, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 quanto segue:

- Di essere pienamente a conoscenza del Protocollo d’intesa DDG 1088/DG del 28 aprile 25

siglata tra il *Cdr* e la *Conferenza*;

- Di conoscere del Regolamento attuativo della Convenzione del 9.4.2025 approvato con DDG

1088 (di seguito *Regolamento*) e di accettarne il contenuto con particolare riferimento agli articoli 5 –

requisiti di accesso, Art. 6 – Modalità di presentazione delle domande, Art. 7 – Pubblicazione della Long List

e Modalità di assegnazione dell’incarico, Art. 8 – Compenso professionale;

- Di essere iscritto al Registro dei Revisori Legali sez. …… dal ……… al numero …..

- Di essere sottoscrittore di Polizza Assicurativa professionale num …… del …….. massimale

………………….

*Per i soggetti in possesso dei requisiti di cui all’art. 5 lettera d) del Regolamento*

- Di essere in attività da almeno tre anni nell’ambito della gestione/rendicontazione e

certificazione di Programmi Finanziati a valere su risorse Comunitarie dirette o indirette. A tal

proposito si elencano alcune attività svolte dal sottoscritto nel periodo di riferimento, ovvero nel triennio

solare precedente,

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Azienda/Ente | Tipologia Incarico | Periodo (da – a) | Importi gestiti o rendicontati o certificati | Referente4 | E -Mail5 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Oppure, *per i soggetti non in possesso dei requisiti di cui all’art. 5 lettera d) del Regolamento*

Di aver partecipato ad un corso di formazione abilitante della durata di 20 ore organizzato dalla

Conferenza con un piano didattico concordato con il Dipartimento;

………………………. Li ………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e Firma

Allegare un documento di riconoscimento in corso di validità